

# The Economic Operation Predicament and Optimization Countermeasures of Mental Health Specialized Hospitals under the Medical Insurance Policy

Huijiao Zheng Lin Guan Boyuan Wei

Shenyang Mental Health Center, Shenyang, Liaoning, 110168, China

## Abstract

Mental health is an important component of the Healthy China strategy and is related to social harmony and people's well-being. As the core carrier of mental health services, mental health specialized hospitals undertake the main responsibilities of acute treatment and rehabilitation management. However, against the backdrop of the deepening reform of the medical insurance payment system and the superimposition of the characteristics of "long hospital stays, low returns, and high costs" in mental health specialized hospitals, the economic operation of hospitals is confronted with dual challenges of public welfare attributes and sustainability. The current medical insurance payment methods are hard to match the diagnosis and treatment patterns of mental disorders. The cost accounting system does not reflect the phased differences. There is a break in the full-cycle service and payment models, which often leads public hospitals into operational difficulties. This article focuses on the compatibility issue between medical insurance policies and the economic operation of mental health specialized hospitals. Through theoretical analysis and path design, it explores feasible solutions to solve the binary paradox of public welfare and economic operation, providing a reference for the high-quality development of the mental health service system.

## Keywords

Medical insurance policy; Specialized psychiatric hospital; Economic operation; Payment mode; Cost Management

## 医保政策下精神专科医院经济运行困境与优化对策

郑慧娇 关琳 韦博源

沈阳市精神卫生中心, 中国·辽宁 沈阳 110168

## 摘要

精神卫生是健康中国战略的重要组成部分, 关乎社会和谐与民生福祉。精神专科医院作为精神卫生服务的核心载体, 承担着急性期治疗、康复期管理的主要职责。然而, 在医保支付制度改革与精神专科医院“长住院、低收益、高成本”特性叠加的背景下, 医院经济运行面临公益属性与可持续性的双重挑战: 现行医保支付方式难以匹配精神疾病诊疗规律, 成本核算体系未体现阶段性差异, 全周期服务与支付模式存在断裂, 导致公立医院时常陷入运营困境。文章聚焦医保政策与精神专科医院经济运行的适配性问题, 通过理论分析与路径设计, 探索破解公益性与经济运营二元悖论的可行方案, 为精神卫生服务体系高质量发展提供参考。

## 关键词

医保政策; 精神专科医院; 经济运行; 支付模式; 成本管理

## 1 精神专科医院经济运行的医保适配性困境

### 1.1 医保支付方式与疾病特性的结构性矛盾

精神疾病具有病程长、易复发、康复慢的天然特征, 其诊疗过程需经历急性期治疗、稳定期康复与社区随访的完整周期, 但现行医保支付方式未充分考虑这一规律, 支付机制与实际需求脱节。按床日付费作为精神专科医院最常用的支付方式, 其“按天计费”的简单逻辑难以覆盖疾病阶段差

异: 急性期患者, 如重度抑郁发作、躁狂状态, 需24小时监护、高频次评估及多学科干预, 医疗资源消耗集中且成本高昂; 而康复期患者, 如症状稳定的精神分裂症、抑郁症, 则以药物维持、心理康复为主, 资源消耗显著降低。但按床日付费采用统一标准, 无法体现急性期的高成本投入, 亦未能激励医院通过优化康复路径缩短住院周期。

在综合医院广泛应用的DRG/DIP支付方式虽然展现出了控费与提质的效果, 却因精神疾病的复杂性难以适配, 精神疾病病情波动大、临床表现异质性高, 缺乏标准化的疾病分组依据。例如, 双相情感障碍患者可能因伴随精神病性症状或共病焦虑障碍被归入不同组别, 现行支付政策未体现其

【作者简介】郑慧娇(1986-), 女, 中国辽宁沈阳人, 硕士, 高级会计师, 从事精神专科医院经济运营研究。

治疗难度与资源消耗的差异，医院治疗重症患者的积极性不高。此外，DRG/DIP支付方式的逻辑与精神疾病“全周期管理”需求不相适配，分组精细度不足导致权重设置不合理，使得精神专科医院对于收治共病患者或其他复杂病例时经济压力增大，甚至面临亏损，一定程度上会限制医院为患者提供康复服务的动力。

## 1.2 成本核算体系的阶段性盲区

精神专科医院的成本结构呈现显著的阶段性特征：

急性期（入院1—3个月）因高强度诊疗成本占比高，康复期则以低强度的康复训练、心理干预为主，成本逐步下降。然而，传统成本核算体系未回应这一规律，导致资源配置失衡与管理效能低下。从成本归集看，医院多采用“科室一项目”的粗放式核算，未将成本与治疗阶段挂钩。例如，重症监护室的人力成本、安全设备成本与普通病房的运营成本混同，无法准确反映急性期的高成本特征。

康复期的心理治疗、社会功能训练等成本则因项目分散、计量困难而被低估。这种“一刀切”的核算方式导致医院难以精准识别成本控制的关键环节，也影响了医保支付的科学性。从项目成本看，精神科服务存在“人力成本高、收费覆盖低”的矛盾。心理治疗、康复训练等服务依赖专业人员的时间与技能投入，但支付标准偏低，形成“服务越多、亏损越重”的逆向激励，直接影响医院收支平衡的可持续性。例如，认知行为疗法需治疗师投入大量时间进行评估与干预，但单次收费仅能覆盖部分人力成本；经颅磁刺激等新型物理治疗虽疗效显著，却因设备折旧、操作培训等成本未被充分计入，难以通过医保支付获得合理补偿。

## 1.3 全周期服务与支付模式不相适配

精神疾病的康复是一项需要“医院—社区—家庭”三方协同的系统工程，其完整链条涵盖急性期治疗、稳定期康复及长期社区和家庭管理。然而现行医保支付体系存在结构性缺陷，仅将资源集中于院内治疗阶段，对社区康复与家庭照护环节缺乏制度化激励。

在院内治疗阶段，医保现行的按床日付费机制促使医院倾向于延长患者的住院周期以增加收入，部分精神专科医院平均住院日超过35天，不仅占用优质医疗资源，还可能因过度治疗延缓与社区康复的衔接，甚至导致患者对医院产生依赖；社区康复阶段，基层医疗机构因医保支付标准低或医保支付未覆盖缺乏开展康复服务的动力，服务内容多局限于基础用药指导，缺乏职业技能培训、社交适应训练等核心康复措施；家庭康复阶段，因医保支持缺位，家属常面临“照护负担重却无专业指导”以及患者复发率高的困境。这种“重院内治疗、轻社区康复”的支付模式，既造成医疗资源浪费，又制约了患者社会功能恢复，成为精神疾病康复体系的突出瓶颈。

## 1.4 医保目录调整对医院经济运行的影响

近年来，随着国家医保政策持续优化，精神专科医院

的经济运行模式正经历深刻变革。2018—2022年间，国家医保目录共经历了四次大规模调整，2025年辽宁省精神专科医院经历了多轮价格调整与收费项目整合，为精神专科医院带来了多重影响。项目整合与物价改革虽然降低了患者的经济负担，符合国家推行的“儿科和精神卫生服务年”的总体目标，满足公众健康需求，但与此同时也对精神专科医院精细化管理提出了更高要求。

医保目录与医疗服务价格的动态调整作为医疗资源配置的重要杠杆，对精神专科医院学科布局与发展方向产生深远影响，促进学科间资源重新配置，加速精神专科医院向“急慢分治、医养结合”的服务模式转型。这一现象表明，医保目录与医疗服务价格调整不仅影响了医院收支平衡，更通过资源配置机制重塑了学科发展格局。特别是在精神专科医院普遍资源有限的情况下，如何基于医保政策动态调整学科布局，实现医院整体可持续发展，已成为管理者必须面对的战略课题。医保目录与医疗服务价格的动态调整，通过资源配置机制重塑学科发展格局，进而影响医院技术结构与人才结构，最终提升精神专科医院的长期竞争力。

## 2 精神专科医院经济运行的优化对策

### 2.1 构建“三阶复合支付模型”：对接全周期服务需求

针对精神疾病全周期特性，设计“急性期按床日+稳定期按疗效+社区康复按人头”的复合支付模式，平衡质量与成本。

急性期采用“分级按床日付费”，根据病情严重程度划分支付标准：重度患者因需更高强度的监护与安全投入，床日支付标准在基础值上提高30%—40%；中度患者适用基础标准；轻度患者降低10%—20%，鼓励医院通过优化治疗路径缩短住院周期。同时设置质量系数，将30天再入院率、住院复发率等指标纳入考核，超标则扣减支付，引导医院从“延长住院”转向“提升疗效”。

稳定期推行“疗效导向支付”，采用“基础包+绩效包”组合：基础包覆盖标准化康复服务，如药物调整、基础心理干预，按疗程付费；绩效包根据患者功能恢复度，如社会功能量表评分提升；症状改善度，如PANSS量表减分率等指标给予额外支付。这种设计既保障了基础服务的供给，又激励医院提升康复质量。

社区期实施“分级人头付费”，根据患者风险等级设定年支付标准：重症患者支付基准值，中度患者为基准值的70%—80%，轻度患者为50%—60%。同时将医院专家下沉社区、家庭照护培训纳入额外补助，推动“医院—社区—家庭”联动，降低患者复发率与医院运营成本。

### 2.2 建立“三段式成本核算体系”：实现精细化管理

基于精神疾病“急性期—康复期—社区期”的阶段特征，构建覆盖全周期的成本核算机制。

急性期成本归集聚焦“高强度资源消耗”，将重症监护室的人力、设备成本单独核算，采用“工时法+实际发生法”准确计量；急性治疗阶段的药品、检查成本采用“实际发生法+标准成本法”，确保成本数据真实反映诊疗过程。

康复期成本归集突出“低强度、持续性”，将心理治疗、康复训练的成本按“服务频次+人力工时”核算，例如认知行为疗法的单次成本需计入治疗师工时与场地费用，真实反映服务价值。

社区期成本归集强调“家庭—社区协同”，将家庭照护培训、社区随访的成本纳入核算，通过“按人头付费”反哺社区服务机构，激励社区服务人员进一步提供高质量康复服务。

### 2.3 打造“医联体+数字化”协同体系：优化资源配置

医联体内部协同。构建以精神专科医院为核心，联合综合医院精神科、社区卫生服务中心组建医联体，通过“药品耗材集中采购”降低采购成本，例如联合采购抗精神病药、抗抑郁药等常用药，通过规模效应压低进价，减少医院资金压力；通过“远程诊疗服务”，建立“远程会诊+线上复诊+居家随访”网络，医保部门可以制定“次数+时长”的复合支付标准，让基层患者也能享受三甲医院的诊疗服务。

医保协同信息系统。开发覆盖“政策管理—临床路径—医保审核—决策支持”的全流程信息系统：政策管理模块实时更新医保政策，智能提示支付标准变化；临床路径模块将精神疾病分类与医保支付标准匹配，自动生成三级治疗路径；医保审核模块通过费用预警、合规审核确保基金安全；决策支持模块整合患者流量、费用结构等数据，为管理层提供可视化决策依据。同时，建立“基础—业务—交换”三层数据标准，统一患者信息、临床路径、康复评定的编码，通过区块链技术记录数据轨迹，保障数据共享与隐私安全。

### 2.4 强化运营效率提升：激活内生动力

服务流程再造：推行“多学科协作（MDT）”模式，入院阶段由精神科医师、心理治疗师、康复师联合评估，制定个性化方案；治疗阶段每周召开病例讨论会，动态调整康复计划；出院阶段明确社区随访频率与家庭照护任务，缩短平均住院日。同时建立“出院计划前移”机制，入院第7天启动出院筹备，减少无效住院天数，提高床位周转率。

绩效考核体系优化：构建“质量—效率—成本”三维度考核模型。质量指标包括临床路径依从率、患者功能改善

度；效率指标包括平均住院日、床位周转率；成本指标包括药品、耗材占比。将考核结果与薪酬挂钩，引导科室从“重治疗”转向“全周期管理”，例如对康复期患者管理成效突出的科室给予额外奖励。

## 3 研究结论与政策启示

### 3.1 研究结论

精神专科医院的经济运行困境本质是医保支付方式与疾病特性、成本结构、服务需求的结构性矛盾，单一支付方式无法覆盖全周期服务需求，粗放式成本核算难以反映阶段差异，服务链条断裂加剧了资源错配。因此，通过构建复合支付模型、精细化成本核算体系与“医联体+数字化”协同机制，可有效平衡公益性与经济运营，推动医院从“规模扩张”转向“内涵式发展”。

### 3.2 政策启示

支付政策优化：推广“三阶复合支付模型”，针对精神分裂症、抑郁症等重性精神疾病制定差异化标准，体现急性期高成本、康复期低消耗的特征；将社区康复、家庭照护纳入医保支付，动态调整支付标准，激励全周期服务供给。

协同体系完善：将医联体集采、远程诊疗、康复资源共享纳入医保支持范围，通过资金奖励、政策倾斜强化“医院—社区—家庭”联动。同时，加强信息系统建设，实现数据互联互通，提升决策效率。

精神专科医院的经济运行困境是公益属性与市场机制冲突的集中体现，破解这一难题需以精细化成本核算优化资源配置，借助“医联体+数字化”协同体系激活服务动力。推动精神卫生服务体系从“治病为中心”向“健康为中心”转型，真正实现公益性与可持续性的平衡，为健康中国战略实施提供坚实支撑。

### 参考文献

- [1] 王奕婷;王运柏;黄圣平;周秀兰;汪健健;肖卫;林翕;精神专科医院医保基金使用违法违规问题剖析与治理对策[J].中国医疗保险, 2023(01): 25-31.
- [2] 朱建霞;范静嘉;阎亮;季炜炜;精神卫生医疗机构经济运行对策研究[J].江苏卫生事业管理, 2023(01): 17-21.
- [3] 范智勇;基于DIP付费的某三级精神专科医院高质量发展SWOT分析[J].中国医疗管理科学, 2023(03): 102-106.
- [4] 郑兴;刘翠霞;张辛;李怀杰;陈水丽;精神专科医院中医综合治疗门诊的管理与实践[J].中医药管理杂志, 2022(20): 236-238.
- [5] 王智慧;闫军伟;某精神病专科医院非医嘱离院影响因素的Logistic回归分析[J].中国病案, 2023(02): 92-95.